Deutscher Bundestag **Drucksache 16/2237**

16. Wahlperiode 17. 07. 2006

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ina Lenke, Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/2102 –**

Stand der Umsetzung des flächendeckenden Mammographie-Screenings

Vorbemerkung der Fragesteller

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 47 000 Frauen an Brustkrebs; jedes Jahr sterben ca. 17 000 Frauen an dieser Tumorart. Schätzungsweise jede zehnte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. 2002 entschied sich der Deutsche Bundestag – ausgehend davon, dass sich die Zahl der Brustkrebs-Todesfälle bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durch ein Mammographie-Screening um 20 bis 30 Prozent verringern ließe – für die Einführung eines Mammographie-Screenings (Röntgenreihenuntersuchung der Brust). Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte daraufhin mit Beschluss vom 25. März 2003 die Brustkrebsfrüherkennungs-Richtlinien dahingehend geändert, dass seit 1. Januar 2004 jede Frau in Deutschland alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine Mammographie hat. Alle Frauen vom 50. bis 69. Lebensjahr sollen routinemäßig über ein Einladungssystem auf der Grundlage amtlicher Meldedaten zum Mammographie-Screening eingeladen werden; bis Ende 2005 sollte das System bundesweit eingeführt sein. Seit Jahresbeginn 2006 arbeiten die Referenzzentren, die die Fortbildung und Betreuung der beteiligten Ärzte gewährleisten und externe medizinische und technische Qualitätssicherung sowie die Auswertung des Programms sicherstellen. Die ersten Screening-Einheiten sind gestartet.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung und die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Im Jahr 2002 erkrankten 55 150 Frauen neu an Brustkrebs (Quelle: Dachdokumentation Krebs des Robert Koch-Institutes „Krebs in Deutschland“, 5. Auflage, 2006). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei knapp über 62 Jahren. Die Mortalitätsraten sind rückläufig; sie sanken von 31,2/100 000 Frauen im Jahr 1990 auf 26,8/100 000 Frauen im Jahr 2004 (standardisiert nach alter Europabevölkerung, Todesursachenstatistik 2004, Statistisches Bundesamt). Insgesamt verstarben 17 592 Frauen im Jahr 2004 an Brustkrebs.

Die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust (Mammographie) ist das derzeit effektivste Untersuchungsverfahren, Brustkrebs frühzeitig, d. h. in einem prog-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Juli 2006 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

nostisch günstigen Stadium, zu entdecken. Unumstritten ist, dass die Früherkennung von Brustkrebs den Erfolg einer Therapie und damit die Überlebenswahrscheinlichkeit der Betroffenen erhöht.

Nach mehrjähriger Vorbereitungszeit, einschließlich der Durchführung von Modellprojekten, die der Erprobung der Anwendung der ‚Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings' unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems dienten, hatte die gemeinsame Selbstverwaltung, der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, am 15. Dezember 2003 den für die Einführung eines qualitätsgesicherten, bundesweiten und bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-Programms erforderlichen Beschluss gefasst, der nach Prüfung und Freigabe durch das vormalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist.

Ziel des Mammographie-Screenings ist eine deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit unter Minimierung der Belastung für die Frau – wie Strahlenbelastung, falsch-positive und falsch-negative Befunde –, unter der Voraussetzung einer Teilnahme von mindestens 70 Prozent der angesprochenen Bevölkerungsgruppe, d. h. aller Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Einführung des Mammographie-Screenings zur Früherkennung von Brustkrebs liegt in der Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung in Kooperation mit den Ländern.

Mit dem Mammographie-Screening auf Grundlage der Europäischen Leitlinien (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 2001, 3. Auflage) wird in Deutschland ein völlig neuartiges Früherkennungsprogramm eingeführt, das einen Bevölkerungsbezug herstellt, eine umfassende Kette von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumenten und eine kontinuierliche Evaluation beinhaltet.

Zu den Qualitätsanforderungen gehören u. a., dass jede Mammographie-Aufnahme von zwei Ärzten beurteilt wird, dass jeder Arzt jährlich die Mammographie-Aufnahmen von mindestens 5 000 Frauen begutachtet und dass, im Falle einer Auffälligkeit, ein Verdacht innerhalb des Programms abgeklärt wird.

Ein wesentliches Merkmal des Mammographie-Screening-Programms ist der Bevölkerungsbezug, hergestellt durch das Einladungswesen der Zentralen Stellen auf Landesebene. Die Zentralen Stellen laden die anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren auf der Basis von amtlichen Meldedaten alle zwei Jahre ein.

Das Mammographie-Screening-Programm gliedert sich in regionale Versorgungsprogramme. Diese werden in einzelne Screening-Einheiten unterteilt. Dabei besteht jede Screening-Einheit aus einer oder mehreren Mammographie-Einheiten, in der die Mammographie-Aufnahmen erstellt werden, sowie aus einer oder mehreren Einheiten zur Abklärungsdiagnostik. In der Regel umfasst eine Screening-Einheit einen Einzugsbereich von 800 000 bis 1 Million Einwohnern. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Referenzzentren wurden von der ‚Kooperationsgemeinschaft Mammographie' in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR ernannt und an den Standorten Bremen, Berlin, Münster, Wiesbaden/Marburg und München eingerichtet. Aufgaben der Referenzzentren sind die Überwachung der Qualitätssicherung sowie die Fortbildung der am Programm teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der radiologischen Fachkräfte. Die Leiterinnen und Leiter der Referenzzentren sind gleichzeitig auch Programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte in einer dem Referenzzentrum angegliederten Screening-Einheit.

Das Mammographie-Screening-Programm erfordert umfangreiche Regelungen auf Bundes- und Landesebene sowie organisatorische Lösungen von allen an der Einführung beteiligten Institutionen, wie z. B. die Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (KFU-RL), die Einrichtung Zentraler Stellen für das

Einladungswesen durch die Vertragspartner auf Länderebene, die Ausschreibung und Genehmigung von Screening-Einheiten sowie die (Re-)Zertifizierung von Screening-Einheiten durch die Selbstverwaltung.

Bisher kann das Mammographie-Screening noch nicht flächendeckend angeboten werden. Gründe dafür sind die oben dargestellten hohen Qualitätsanforderungen an das Programm und die zu treffenden landesgesetzlichen Regelungen.

Die Einladung aller Frauen erfordert den Zugriff auf die Daten der Meldebehörden. Dies verursachte bei den Ländern unterschiedlichen melde- und datenschutzrechtlichen Regelungsbedarf. Des Weiteren waren die Anforderungen der Röntgenverordnung mit Bezug auf das Mammograhie-Screening-Programm auf Länderebene umzusetzen.

Mit den bereits tätigen Referenzzentren und dem Start knapp eines Drittels von insgesamt 93 geplanten Screening-Einheiten ist das Mammographie-Screening der flächendeckenden Einführung dennoch einen großen Schritt näher gekommen.

1. Sind mittlerweile in allen Bundesländern die rechtlichen Voraussetzungen für die flächendeckende Durchführung des Mammographie-Screenings geschaffen?

   Wenn nein, in welchen Bundesländern noch nicht, und welche Regelungen sind im Einzelnen noch umzusetzen?

Die auf Landesebene zu schaffenden rechtlichen Voraussetzungen betreffen die Übertragung von Meldedaten und die strahlenschutzrechtliche Zulassung für das Mammographie-Screening nach den Vorgaben der Röntgenverordnung.

Eine Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 12. April 2006 an die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat Folgendes ergeben:

Hinsichtlich der Nutzung von Meldedaten durch die für das Einladungswesen zuständigen Zentralen Stellen wurden die Landesvorschriften in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen bereits geändert und in Hamburg, Hessen und Thüringen entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

In Schleswig-Holstein wurde die Schaffung der erforderlichen Rechtsvorschrift zuletzt im Landtag beraten. Die Rechtsanpassung erfolgt in Sachsen-Anhalt erst nach Zuordnung und Organisation der Zentralen Stelle. In Baden-Württemberg, Bayern und Saarland stehen die geänderten Landesvorschriften kurz vor der Verabschiedung.

Zur Evaluation des Mammographie-Screening-Programms bedarf es der Sicherstellung eines Datenabgleichs zwischen den Krebsregistern der Länder und der jeweiligen Zentralen Stelle. Die Novellierung des Staatsvertrages über das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen zur Sicherstellung eines Datenabgleichs zwischen Krebsregister und Zentraler Stelle erfolgt derzeit im Umlaufverfahren. In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sind entsprechende Anpassungen erfolgt (in Hamburg und Hessen waren keine Änderungen erforderlich). Im Saarland steht das Änderungsgesetz kurz vor der Verabschiedung. In Niedersachsen ist die Aufnahme einer entsprechenden Regelung in die Novelle des Gesetzes über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen vorgesehen.

Die erforderlichen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Röntgenverordnung sind in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen bereits abgeschlossen und in Bayern, Schleswig-Holstein und Thüringen eingeleitet worden. Im Saarland liegt ein Allgemeinerlass zur Zulassung des Mammographie-Screenings veröffentlichungsreif vor. Sachsen-Anhalt wird nach der Einigung über die Zentrale Stelle eine Allgemeinverfügung zur Röntgenverordnung erlassen.

2. Bis wann rechnet die Bundesregierung mit der bundesweiten Flächendeckung des Mammographie-Screenings?

Nach dem derzeitigen Stand der Ausschreibungen für die Versorgungsaufträge und sofern alle Voraussetzungen bezüglich der Einrichtung der Zentralen Stellen geschaffen sind, ist davon auszugehen, dass bis zum Sommer 2007 bundesweit in allen Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen Screening-Einheiten arbeiten werden. Einige Gebiete werden schon flächendeckend bzw. nahezu flächendeckend versorgt sein, während in anderen Gebieten die ersten Screening-Einheiten beginnen werden. Somit kann bundesweit bis zu diesem Zeitpunkt eine Flächendeckung von 70 Prozent erreicht werden.

Eine exakte Angabe, bis wann alle 93 Screening-Einheiten ihre Tätigkeit aufnehmen, ist zurzeit nicht möglich.

3. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind in das Mammographie-Screening eingebunden bzw. sollen eingebunden werden?

4. Hält die Bundesregierung diese Zahl der Ärzte für ausreichend?

8. Wie groß ist der durchschnittlich festgelegte Einzugsbereich der Bevölkerung, und wie viele Mitarbeiter haben diese Screening-Einheiten im Durchschnitt?

Antwort zu Frage 3, 4 und 8.

Derzeit sind in den Screening-Einheiten durchschnittlich jeweils zehn Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichem Umfang tätig – dies sind: insbesondere ein bis zwei Programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte, befundende Ärztinnen und Ärzte sowie kooperierende Pathologinnen und Pathologen und Krankenhausärztinnen und -ärzte. Bei derzeit 27 Screening-Einheiten, die von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zertifiziert wurden (Stand 4. Juli 2006), entspricht dies einer Anzahl von ungefähr 270 Ärztinnen und Ärzten. Zu berücksichtigen ist, dass es sich hier um die „Starterteams" handelt. Mit der Steigerung der Untersuchungskapazitäten bzw. Vervollständigung des organisatorischen Aufbaus entsteht zusätzlicher Bedarf, so dass später, in der Routineversorgung, von durchschnittlich 16 Ärztinnen und Ärzten pro Screening-Einheit ausgegangen wird. Hochgerechnet auf die 93 Screening-Einheiten, die insgesamt bundesweit aufgebaut werden sollen, schätzt die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, dass rund 1 400 Ärztinnen und Ärzte in sämtlichen Funktionen im voll etablierten Programm eingebunden sein werden. Erst im Rahmen eines Routinebetriebes, d. h. nach abgeschlossener, flächendeckender Einführung des Mammographie-Screening-Programms, wird sich zeigen, ob zusätzlicher ärztlicher Personalbedarf besteht. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass zur Erreichung der erforderlichen Mindestbefundungszahlen von 5 000 Frauen pro Jahr nur eine begrenzte Anzahl an Ärztinnen und Ärzten tätig werden kann.

Jede Screening-Einheit soll eine Einzugsbevölkerung von etwa 800 000 bis 1 Million Einwohnern und damit circa 100 000 bis 120 000 anspruchsberechtigte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren umfassen. Die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist variabel, da sie maßgeblich von der Organisationsform der jeweiligen Screening-Einheit abhängt, also davon, ob das Mammographie-Screening zentral, dezentral oder mobil organisiert ist. Hochgerechnet auf die bundesweit einzurichtenden 93 Screening-Einheiten ist damit zu rechnen, dass außer den rund 1 400 im voll etablierten Programm tätigen Ärztinnen und Ärzten zwischen 1 000 und 1 500 weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie z. B. radiologische Fachkräfte, im Screening beschäftigt sein werden, d. h. 10 bis 15 nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Screening-Einheit.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Versorgungssituation für die Frauen in den neuen Bundesländern?

In Mecklenburg-Vorpommern sind vier Screening-Einheiten geplant. Die Ausschreibung der Versorgungsaufträge ist abgeschlossen, und eine Screening-Einheit hat bereits ihren Routinebetrieb aufgenommen. In Thüringen sind zwei Screening-Einheiten vorgesehen. Die Ausschreibung der Versorgungsaufträge ist ebenfalls abgeschlossen. Die erste Screening-Einheit wird voraussichtlich im ersten Quartal 2007 ihre Tätigkeit aufnehmen. In Brandenburg endet am 30. September 2006 das derzeit laufende Ausschreibungsverfahren, so dass mit einer Vergabe von Versorgungsaufträgen zum Ende des Jahres 2006 zu rechnen ist. In Sachsen wird die Ausschreibung der Versorgungsaufträge zurzeit vorbereitet. Die Ausschreibung wird voraussichtlich im August 2006 beginnen, daher ist mit der Vergabe von Versorgungsaufträgen etwa Anfang 2007 zu rechnen. In Sachsen-Anhalt wurden nach bisheriger Kenntnis keine Versorgungsaufträge ausgeschrieben oder deren Ausschreibung vorbereitet.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Zertifizierung der beteiligten Ärzte hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor, und wem obliegt diese Aufgabe?

Die Zertifizierung der einzelnen Screening-Einheiten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit dient der Sicherstellung, dass ausreichende Vorkehrungen für die Qualitätssicherung im Rahmen der gesamten Versorgungskette getroffen werden. Dazu gehört beispielsweise die Überprüfung der vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie der radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und apparativen Voraussetzungen, die Praxisausstattung und Praxisorganisation sowie das Berichtswesen und die Dokumentation.

Die Rezertifizierung hat sicherzustellen, dass die vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen eingehalten werden und Qualitätsprobleme frühzeitig erkannt und beseitigt werden. Die erste Rezertifizierung erfolgt sechs Monate nach der Tätigkeitsaufnahme der Screening-Einheit, danach in regelmäßigen Abständen von 30 Monaten. Bei der Rezertifizierung wird auch die Prozess- und Ergebnisqualität überprüft. Diese Überprüfung, die unterstützt wird durch jährliche Berichte hinsichtlich der Zielerreichung, stützt sich auf die Indikatoren einschließlich der Zielkorridore, wie sie durch die ‚Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings' vorgegeben sind.

Dazu gehören beispielsweise der Anteil der Frauen, die zur Abklärung wieder einbestellt werden, die Teilnahmequote, die Zahl der entdeckten Karzinome und deren Stadienverteilung u. Ä. Zusätzlich sind weitere qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen, wie zum Beispiel die jährliche Absolvierung einer Fall-

sammlungsprüfung durch die beteiligten Ärztinnen und Ärzte und die jährliche Überprüfung der diagnostischen Bildqualität.

Die Zertifizierung/Rezertifizierung erfolgt im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Die Referenzzentren werden durch ein externes Expertengremium überprüft. Einzelheiten zu den Zertifizierungen sind in entsprechenden Protokollen niedergelegt. Die Zertifizierung überprüft vor Aufnahme der Tätigkeit die Struktur- und Prozessqualität, die Rezertifizierung die Ergebnisqualität. Sämtliche Screening-Einheiten werden durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und die Referenzzentren zertifiziert und rezertifiziert.

7. Wie viele Screening-Einheiten sind bzw. werden einem Referenzzentrum zugeordnet sein?

Derzeit sind fünf Referenzzentren in Betrieb, und zwar die Referenzzentren Berlin, Bremen, München, Münster und Süd-West, wobei Süd-West über zwei Standorte verfügt: Marburg und Wiesbaden. Derzeit betreuen sie die 27 bereits zertifizierten Screening-Einheiten und werden bei Flächendeckung für alle 93 Screening-Einheiten zuständig sein. Bei erreichter Flächendeckung ist davon auszugehen, das jedes Referenzzentrum zwischen 15 und 20 Screening-Einheiten betreuen wird.

9. Wie verhält sich der Anteil von zertifizierten stationären Untersuchungszentren und mobilen Einheiten an der Gesamtzahl der Mammographieeinheiten?

Bisher wurden 27 Screening-Einheiten von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zertifiziert (Stand 4. Juli 2006).

Diese Screening-Einheiten verfügen über insgesamt 54 feste oder stationäre und sieben mobile Mammographie-Einheiten (Mammobile). Auf jede mobile Einheit kommen somit knapp acht feste oder stationäre Mammographie-Einheiten.

10. Anhand welcher Leistungskriterien wird die Qualität des Screening-Programms wie überprüft?

Das Mammographie-Screening-Programm wird u. a. jährlich anhand der in den ‚Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings' empfohlenen Qualitätsindikatoren und den entsprechenden Zielvorgaben überprüft. Zu Qualitätsindikatoren und Zielvorgaben gehören u. a.:

– die angestrebte Teilnahmequote von 70 Prozent
– technische Vorgaben bei der Erstellung von Screening-Mammographie-Aufnahmen
– Anteil der Frauen, die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden
– Brustkrebsentdeckungsrate
– Intervallkarzinomrate
– die Stadienverteilung der im Screening entdeckten Karzinome
– Einhaltung der Fristen für die Ergebnismitteilung
– Ergebnisse der postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen.

Festgeschrieben sind die Leistungsparameter in Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags Ärzte/Krankenkassen (BMV-Ä/EKV), Anhang 10.

Darüber hinaus müssen im Rahmen der Rezertifizierung die nach BMV-Ä/EKV vorgeschriebenen Fallzahlen nachgewiesen sowie der Nachweis über die Erfüllung der Kriterien zur Aufrechterhaltung der Genehmigung erbracht werden.

So muss die/der Programmverantwortliche Ärztin/Arzt beispielsweise nachweisen:

– die Teilnahme an Verfahren zur Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität von erstellten Screening-Mammographieaufnahmen
– die Befundung von Screening-Aufnahmen von mindestens 5 000 Frauen innerhalb von jeweils zwölf Monaten
– die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Aufnahmen.

Vergleichbares gilt auch für die befundenden Ärztinnen und Ärzte.

Details dazu finden sich im BMV-Ä/EKV, und zwar zu den vorgeschriebenen Fallzahlen: § 24 Abs. 3d; § 25 Abs. 3a und Abs. 4a; zu den Kriterien für die Aufrechterhaltung der Genehmigung: § 24 Abs. 3, § 25 Abs. 4, § 26 Abs. 2, § 27 Abs. 2 und Abs. 4 sowie § 28 Abs. 2.

11. Wie werden die Ärztinnen und Ärzte sowie die radiologisch-technischen Assistentinnen und Assistenten auf das flächendeckende Screening vorbereitet?

Die Screening-Ärzte und -Ärztinnen und die radiologischen Fachkräfte werden im Rahmen von speziellen Fortbildungskursen und angeleiteten Tätigkeiten auf ihre zukünftigen Aufgaben vorbereitet.

Die/der Programmverantwortliche Ärztin/Arzt muss zum Beispiel folgende Kurse belegen:

– Multidisziplinärer Kurs zur Einführung in das Programm
– Kurs für Programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte
– Kurs für befundende Ärztinnen und Ärzte (Befunder-Kurs)
– Ultraschallkurs
– Biopsiekurs.

Darüber hinaus müssen sie – vor Aufnahme der Tätigkeit in der Screening-Einheit – in einem Referenzzentrum hospitieren. Dies gilt auch für befundende Ärztinnen und Ärzte und radiologische Fachkräfte.

Die angeleiteten Tätigkeiten für die/den Programmverantwortlichen Ärztin/Arzt umfasst mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einem Referenzzentrum. Die Tätigkeit beinhaltet insbesondere:

– Teilnahme an den Konsensuskonferenzen
– Teilnahme an den Sprechstunden zur Abklärungsdiagnostik
– Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen
– Selbständige Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 3 000 Frauen unter Anleitung durch den Leiter bzw. die Leiterin eines Referenzzentrums.

Der Leiter bzw. die Leiterin des Referenzzentrums stellt über die Tätigkeit ein Zeugnis aus. Dieses Zeugnis beurteilt, ob die Ärztin bzw. der Arzt befähigt ist,

die Aufgaben des Versorgungsauftrags als Programmverantwortliche Ärztin bzw. Arzt selbständig durchzuführen.

Die angeleitete Tätigkeit für befundende Ärztinnen und Ärzte umfasst mindestens 40 Stunden an fünf aufeinander folgenden Arbeitstagen in einem Referenzzentrum. Das Spektrum der Tätigkeiten entspricht in weiten Teilen dem der/des Programmverantwortlichen Ärztin bzw. Arztes. Die Leiterin bzw. der Leiter des Referenzzentrums stellt der Ärztin bzw. dem Arzt eine Bescheinigung über die Tätigkeit aus, in der die Teilnahme an den Konferenzen und der Sprechstunde bestätigt und die Anzahl der beurteilten Aufnahmen belegt sind.

Die angeleitete Tätigkeit für radiologische Fachkräfte umfasst zehn aufeinander folgende Arbeitstage in einem Referenzzentrum und beinhaltet:

– Erstellung von Screening-Mammographieaufnahmen bei 50 Frauen unter Anleitung
– Selbständige Durchführung der Maßnahmen zur technischen Qualitätssicherung (nach § 33 Nr. 2 BMV-Ä/EKV) an mindestens drei Arbeitstagen unter Anleitung
– Teilnahme an den Sprechstunden zur Abklärungsdiagnostik
– Teilnahme an den präoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen
– Teilnahme an der Durchführung von Stanzbiopsien.

12. Ist der Bundesregierung bekannt, dass aus einer der wesentlichen Anforderungen der europäischen Leitlinien – der Einrichtung eines sog. Programmverantwortlichen Arztes, der die Screening-Kette organisiert und dafür auch haftungsrechtlich verantwortlich ist – haftungsrechtliche Konsequenzen resultieren, weil Versicherungsunternehmen aufgrund der damit verbundenen Unsicherheiten nicht bereit sind, die am Mammographie-Screening teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gegen das Risiko von Behandlungsfehlern zu versichern?

13. Wie beurteilt die Bundesregierung diese Situation?

    Teilt sie die Auffassung, dass hierdurch das ganze Projekt des Mammographie-Screenings in Gefahr gerät, wenn Ärzte daraufhin nicht zur Teilnahme bereit sind?

14. Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um eine haftungsrechtliche Absicherung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dennoch zu garantieren?

Die Programmverantwortliche Ärztin bzw. der Arzt organisiert ein von ihr/ihm geleitetes Team von Ärztinnen und Ärzten und radiologischen Fachkräften, das sowohl die Screening-Leistungen als auch eine eventuell erforderliche Abklärungsdiagnostik in einer Screening-Einheit erbringt.

Eine Programmverantwortliche Ärztin bzw. Arzt versorgt zusammen mit ihrem/seinem Team eine Screening-Einheit mit durchschnittlich etwa 110 000 anspruchsberechtigten Frauen. Ihr/ihm kommt eine besondere Verantwortung bei der Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu.

Die Tatsache, dass Programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte insbesondere in Hessen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Thüringen Probleme hinsichtlich des Abschlusses von Haftpflichtversicherungen haben, ist dem BMG seit Mitte April 2006 bekannt.

Die Verpflichtung zur Absicherung des Haftpflichtrisikos von Ärztinnen und Ärzten ist im ärztlichen Berufsrecht, in den Berufsordnungen der Landesärzte-

kammern, geregelt. Die Ausübung des ärztlichen Berufsrechts fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder.

In den meisten Ländern besteht eine Berufs- oder Standespflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen oder Ärzte. In Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen ist der Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte vorgeschrieben. Daher ist es vorrangig die Aufgabe der berufsständischen Organisationen, ihre Mitglieder beim Abschluss einer entsprechenden Versicherung zu unterstützen.

Das BMG hat in Gesprächen mit der Versicherungswirtschaft und der gemeinsamen Selbstverwaltung, die das Mammographie-Screening-Programm einzuführen hat, die Problematik erörtert. Die Bundesregierung geht auf Grund dieser Gespräche davon aus, dass sich die haftungsrechtliche Absicherung der teilnehmenden Programmverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte erreichen lässt.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333